Über die Fälle von Carcinoma mammae,

elche im Jahre 1892/93 an der chirurg. Klinik zu Greifswald beobachtet wurden.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät der Königl. Universität zu Greifswald

am

Montag, den 5. Juni 1893

mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Paul Drewitz

pract. Arzt

aus Pommern.

Opponenten:

Herr Dr. med. Otto Busse, Assistent am patholog. Institut.
Herr Dr. med. Max Westphal, Assistent an der Kinderpoliklinik.

Greifswald.

Druck von F. W. Kunike.

Seinen teuern Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30588340

Die vorliegende Arbeit dient nicht dem Zwecke, sich über die Ergebnisse neuer eingehender Studien über das schon viel bewegte Kapitel der Mammacarcinome zu verbreiten, sondern macht es sich lediglich zur Aufgabe, eine Statistik der im Jahre 1892–93 in der Greifswalder chirurgischen Klinik zur Beobachtung gelangten Fälle von Brustkrebs aufzustellen. Freilich ist es im Verhältnis zu vielen anderen umfassenderen Zusammenstellungen und gar erst zu der Häufigkeit der überhaupt vorkommenden Erkrankungen der Brust an Krebs nur eine geringe Anzahl von Krankengeschichten, die ich hier mit einander vergleichen kann, aber ich meine diese Arbeit doch rechtfertigen zu können durch den Hinweis darauf, dass, wenn erst immer in längeren Perioden derartige Statistiken vorgenommen werden, viele Irrtümer mit unterlaufen können, welche den Verlauf der Krankheit nach der Operation, die Zeit, in welcher etwaige Recidive eingetreten sind, und andere wichtige Punkte betreffen. — Auch ist die Zeit, während welcher die betreffenden Patientinnen beobachtet wurden, natürlich eine viel zu kurze, um ein endgültiges Urteil über den Verlauf und Ausgang des Leidens gewinnen zu können. Die meisten Operationen, die hier in Frage kommen, wurden vor 1 Jahr oder etwas mehr oder weniger, eine Anzahl vor etwa einem halben Jahr, ja einzelne erst vor wenigen Monaten vorgenommen. Nur wenige Kranke befinden sich darunter, die schon vor längerer Zeit, vielleicht vor 2 Jahren oder mehr in Behandlung kamen, und dann wegen eines Recidivs im Jahre 1892–93 wieder in die

Klinik aufgenommen wurden. So können wir allerdings keine vorführen, von denen wir nach Volkmanns Ansicht annehmen dürften, dass die für vollkommen geheilt anzusehen seien, denn dieser Autor und mit ihm jetzt alle deutschen Chirurgen meinen, dass nur diejenigen, welche 3 Jahre lang kein Recidiv gehabt haben, endgültig für geheilt gehalten werden können, aber auch innerhalb der uns zu Gebote stehenden Zeit kann man eine Reihe wichtiger Beobachtungen machen, welche in der Statistik wohl einen Platz in Anspruch nehmen dürften.

Es sind in dem in Rede stehenden Jahre im Ganzen 22 Fälle von Carcinoma Mammae in hiesiger Klinik aufgenommen worden, aus deren Krankengeschichten ich mit Übergehung des Überflüssigen alles Notwendige und Wichtige entnommen habe. Bei den Erkundigungen über den jetzigen Zustand der operierten Frauen, habe ich mich, um alle Irrtümer und falschen Angaben möglichst zu vermeiden, direkt an die Ärzte der Patientinnen gewandt, deren Namen in den Krankengeschichten aufgezeichnet waren. War dies nicht der Fall, so habe ich die Kranken gebeten, sich ärztlich untersuchen zu lassen und mir das schriftlich verzeichnete Ergebnis der Untersuchung zu schicken. Aber trotzdem ist es mir nicht gelungen, überall ein ganz befriedigendes Resultat zu erzielen, da ich über 3 der Personen überhaupt nichts in Erfahrung bringen konnte.

Bezüglich der Anordnung des ganzen Materials habe ich, abweichend von früheren Dissertationen von Seydler und Gropler, welche operable und inoperable, ersterer auch noch palliativ operierte Fälle (zur zweiten Gruppe gerechnet) unterscheiden, in inoperable und operierte Fälle geteilt und als Unterordnungen der letzteren: 1) Radicaloperationen a) günstigere, b) ungünstigere Fälle, 2) Recidivoperationen und 3) Palliativoperationen angenommen. Zu den günstigeren Radicaloperationen wurden die gerechnet, bei denen der Tumor

noch nicht sehr gross und nicht mit dem Pectoralis verwachsen war oder noch keine sehr ausgedehnten Metastasen gemacht hatte. Als ungünstigere Fälle wurden diejenigen mit sehr grossem Tumor, Verwachsungen mit dem Pectoralis und mit grossen axillaren Metastasen angesehen. Die Palliativoperationen betreffen die Fälle, wo die Operation zwar von vornherein als für die spätere Zukunft nutzlos galt, aber doch vorgenommen wurde, um den Patientinnen erhebliche Beschwerden, wie stinkende Exulcerationen, Druck auf die Nervenstämme der Achselhöhle und dadurch bedingte Schmerzen, zu erleichtern. Die inoperablen Fälle endlich sind die, wo überhaupt keine Operation vorgenommen wurde, von welcher Art ich nur einen einzigen anzuführen habe.

Um nicht in jeder einzelnen Krankengeschichte die Art der Operation zu wiederholen, will ich hier gleich im Voraus das Verfahren, wie es in unserer Klinik für typisch gilt, kurz schildern: Ein Hautschnitt, beginnend in der Achselhöhle in der äusseren Begrenzungslinie der Mamma, umkreist von aussen her die Mammilla ungefähr in der Entfernung von 2 Fingerbreiten, d. h. wenn die Haut noch gesund ist, und endet am Sternum in Höhe der V.—VI. Rippe. Ein zweiter Schnitt, beginnend und endigend wie der erste, verläuft median von der Mammilla, so dass durch beide ein etwa ovales Hautstück ausgeschnitten wird. Eine Änderung tritt ein, wenn die Haut schon mit erkrankt ist, wo der Schnitt dann in gesunden Grenzen, 2 Finger breit von den krebsigen Teilen entfernt, verlaufen muss. Nach unten und oben wird je ein Hautlappen abpräpariert und die ganze Mamma mit Binde- und Fettgewebe sowie den Lymphgefässen stumpf in der Richtung nach der Axilla abgerissen und zwar, nachdem die Pectoralisfascie eingeschnitten ist, so dass diese und die obersten Pectoralisschichten mit entfernt werden. Wo noch oberflächliche Teile haften bleiben, werden sie mit Scheere

und Pincette abgetragen. Der äussere Wundwinkel wird durch einen Schnitt in der Achselhöhle nach aussen hin verlängert und nun das ganze axillare Fett- und Bindegewebe mit den einliegenden Lymphdrüsen und -Gefässen in Toto herausgeholt, indem die grossen Gefässe namentlich die Vene freigelegt, auch der M. subscap. und die seitlichen Thoraxpartieen bis zum Latisc. dorsi sichtbar werden, von welchem letzteren das ganze Paket schliesslich auch noch gelöst wird. — Wenn der Tumor mit dem Pectoralis verwachsen oder einfach adhaerent ist, so wird der grosse Brustmuskel oder nur die sternale Portion, die afficiert ist, mit herausgenommen vom Ursprung bis zum Ansatz und das unter ihm liegende Bindegewebe aufs genaueste ausgeräumt. Abweichungen von diesem Typus werden bei den einzelnen Fällen Erwähnung finden. Nach der Operation und sorgfältigster Blutstillung wird meist unter Drainage der Achselhöhle primär genäht und umfangreicher trockener Verband angelegt. Ist der zurückbleibende Hautdefekt jedoch zu gross, so wird er durch Thiersch'sche Transplantationen gedeckt.

Inoperable Fälle.

1.) Marie Albrecht, Arbeiterwitwe aus Lassan, 70 Jahre alt. HB 1892 93 Nr. 1210 (HB = Hauptbuch der chir. Klinik zu Greifswald).

Anamnese. Vor 2 Jahren bemerkte Pat., ohne besondere Ursache angeben zu können, eine Verhärtung der linken Brust, welche letztere unbeweglich wurde. Diese Verhärtung wuchs allmählich an und griff auf der ganzen vorderen Brustseite um sich.

Status praesens 27. II. 93. Pat. ihrem Alter nach leidlich kräftig, von leidlichem Panniculus. Die ganze Vorderseite des Thorax von den Claviculae bis zu den Rippenbögen ist eingenommen von einer harten teils exulcerierten, teils harte Knötchen bildenden Resistenz. Beide Mammae straff, hart, mit in die Geschwulst einbegriffen. An der rechten Seite geht die harte Infiltration von Haut und Zellgewebe nach hinten bis zur Wirbelsäule. Beiderseits wenig ge-

schwollene Axillardrüsen. Halsdrüsen stark infiltrirt. In beiden hinteren Lungenpartieen Dämpfung, Atmungsgeräusch schwach. Leichtes Oedem beider Oberarme.

Täglich: feuchter Verband (= F. V.).

14. III. Abends 8 Uhr plötzlich Collaps; geringes Trachealrasseln; nach 12 Uhr exitus letalis.

Die Section ergiebt Durchwachsung des ganzen Pectoralis bis auf die Rippen mit Carcinom, Pleuritis carcinomatosa haemorrhagica mit haemorrhagischem Exsudat der linken Pleurahöhle.

Operierte Fälle.

I. Radicaloperationen.

a. Günstigere Fälle.

Zu diesen günstigeren Fällen rechnen wir die, wo noch keine Verwachsung des Tumors mit dem Pectoralis vorhanden ist und noch nicht übermässig zahlreiche und sehr grosse Metastasen in Lymphdrüsen der Axilla eingetreten sind.

2,) Johanna Bartels, Eigentümerfrau aus Stralsund, 52 Jahr alt; HB Nr. 220.

Anamnese. Pat., die mehrere Kinder geboren hat, zweimal abortierte, und viel an Gelenkschmerzen leidet, bemerkte seit etwa 1 Jahr in der rechten Brust eine taubeneigrosse harte Geschwulst, die zuerst langsam, dann schneller wuchs, und in den letzten Wochen viel Schmerzen verursachte.

Status praesens 27. IV. 92. Kräftige Frau mit starkem Panniculus und grossen Brüsten. In der rechten Mamma ein apfelgrosser, derber höckeriger Tumor, auf dem Pect mai. leicht, gegen die Haut wenig verschieblich. Drüsen weder axillar noch infra- und supraclavicular fühlbar.

29. IV. Operat. i. N. typische Amputatio Mammae, mit Ausräumung der Achselhöhle. Primäre Naht. Jodoformgaze. T. V. (= trockener Verband).

19. V. Nachdem die Wunde per primam geheilt, wird Pat. in Behandlung des Arztes entlassen, mit kleiner Granulation an der Drainagestelle.

Über die Pat. hat jetzt nichts in Erfahrung gebracht werden können.

3.) Caroline Arndt, Maurerfrau aus Neuenhagen, 62 Jahre alt. HB 1892/93 Nr. 333.

Anamnese. Seit fast einem Jahr bemerkte Pat. in der rechten Brust einen Knoten, der allmählich anwuchs und in letzterer Zeit Beschwerden machte.

Status praesens. Blasse Frau mit mässigem Panniculus. In der rechten Mamma liegt ein harter, höckeriger, gegen Haut und Pectoralis verschieblicher Tumor. Drüsen nirgends fühlbar.

30. V. 92 Operat. i. N. Typische Amputatio Mammae mit Ausräumung der Achselhöhle und Entfernung der oberflächlichen Pectoralisschichten. In der Axilla einige Drüsen gefunden. Naht. Bleibt zweimarkstückgrosser Defekt. Drainage. T. V.

8. VI. Ein kirschgrosser Hautbezirk durch zu grosse Spannung gangränös geworden. Sonst prima reunio. Drains entfernt. Nähte z. T. entfernt. T. V.

23. VI. Das nekrotische Gewebe abgestossen, darunter Granulationen. Salbenverbände (= S. V.).

5. VII. Alles heil bis auf kleine Granulationen. Pat. entlassen.

Im Mai 93 berichtet Herr Dr. Waldow-Treptow, dass Pat. noch vollkommen gesund ist.

4.) Marie Sandhack, Köchin aus Wolfshagen, 36 Jahre alt. HB 1892/93 Nr. 379.

Anamnese. Pat. bemerkte seit 2 Monaten in der linken Brust einen langsam wachsenden harten Knoten unter einer Einziehung der Haut.

Status praesens 15. VI. 92. Pat. kräftig gebaut, gut genährt. In der linken Mamma, deren Mammilla etwas eingezogen ist, sitzt ein harter, höckeriger, taubeneigrosser, mit der Haut verwachsener Tumor, der auf dem Pectoralis verschieblich ist. Drüsen nirgends fühlbar.

17. VI. 92 Operat. i. N. Typische Amputatio Mammae mit Ausräumung der Achselhöhle, in der einige Drüsen liegen. Drainage. Naht. T. V.

28. VI. Prima reunio. S. V.

9. VII. Geheilt entlassen.

Im Mai 1893 berichtet Herr Dr. Sandmann-Woldeck, dass Pat. gesund und ohne Recidiv ist.

5.) Marie Bruhn, Arbeiterfrau aus Stolpe, 42 Jahr alt. HB 1892/93 Nr. 467.

Anamnese. Seit etwa 1 Jahr bemerkte Pat. in der linken Brust eine harte erbsengrosse, langsam wachsende Geschwulst. Bisweilen floss aus der Warze blutige Flüssigkeit.

Status praesens 7. VII. 92. Pat. ist kräftig gebaut, etwas blass, von schwacher Muskulatur und geringem Fettpolster. In der linken Mamma sitzt ein harter höckriger, druckempfindlicher, wallnussgrosser Tumor, der auf dem Pectoralis leicht, gegen die Haut wenig verschieblich ist. Bei Druck fliesst aus der Mammilla Blut. Nur in der linken Axilla mehrere erbsengrosse Drüsen.

9. VII. 92 Operat. i. N. Typische Amputatio Mammae mit Ausräumung der Achselhöhle. Naht. Drainage. T. V.

16. VII. Etwas Randnekrose, sonst prima reunio. Teil der Nähte entfernt. Drain entfernt. T. V.

22. VII. Naht ganz entfernt. Die nekrotischen Stellen stossen sich ab. S. V.

3. VIII. In Behandlung des Arztes entlassen. An einzelnen Stellen noch Schorfe, an anderen Granulationen, die sich vom Rande her überhäuten.

Im Mai 1893 ist Pat. nach Untersuchung durch Herrn Prof. Heidenhain gesund und ohne Recidiv.

6.) Wilhelmine Heyden, Hebamme aus Mesiger, 45 Jahre alt. HB 1892/93 Nr. 678.

Anamnese. Pat. bemerkte in der linken Brust zuerst vor 4 Wochen eine wallnussgrosse Verhärtung, die langsam anwuchs.

Status praesens 15. IX. 92. Kräftige Frau mit starkem Fettpolster. In der linken Mamma sitzt ein kleinapfelgrosser, harter, mit Haut und Pect. nicht verwachsener Tumor. In der linken Axilla einige bis kirschgrosse Drüsen. Urin etwas zuckerhaltig. — Diabeteskost.

25. IX. Operat. i. N. Typische Amputatio Mammae mit Ausräumung der Achselhöhle. Achselhöhle drainiert. Die Mamma wird erst ohne die Pectoralisfascie von dieser abgelöst. Dann erst wird zuletzt die Fascie durchtrennt und mit den oberflächlichen Pectoralisschichten entfernt. Naht. T. V,

27. IX. Radialisparese des rechten Armes, wohl durch schlechte Lage in der Narkose. Faradisation, Massage.

3. X. z. T. völlige, z. T. oberflächliche Nekrose der Wund-

ränder. An einer Stelle Retention von ¼ l. Flüssigkeit. Entleerung derselben. Drain-Nähte entfernt. T. V.

9.—12. X. tgl. V. W. Die nekrotische Haut stösst sich ab, darunter Granulationen. F. V. täglich. Faradisation, Radialisparese bessert sich schnell.

12. X.—19. X. tgl. F. V. (= feuchter Verband).

20. X. Alles nekrotische abgestossen. Reine Granulation, thalergross. T. V. Im Harn minimaler Zuckergehalt.

23. X. In Behandlung d. Arztes entlassen.

Im Mai 1893 teilt Herr Dr. Pelckmann-Demmin mit, dass Pat. gesund und ohne Recidiv ist.

7a.) (s. u. 7b). Ottilie Biedenweg, Witwe, 44 Jahre alt. HB 1892/93 Nr. 589.

Anamnese. Pat. hat vor 1 Jahr öfter Schmerzen im rechten Arm gehabt, die nach Massage schwanden. Seit 3 Monaten bemerkte sie in der rechten Brust eine wallnussgrosse, langsam wachsende harte Geschwulst und seit 1 Monat Anschwellung in der rechten Achselhöhle.

Status praesens 15. VIII. 92. Schwächliche Frau. In der rechten Mamma ein kinderfaustgrosser, der Haut z. T. adhaerenter Tumor, der auf d. Pect. maior verschieblich ist. Rechts kirschgrosse Achseldrüsen und mehrere Infraclaviculardrüsen.

16. VIII. Operat. i. N. Typische Amputatio Mammae mit Wegnahme des Sternalteils d. Pect. mai., der Achseldrüsen, welche z. T. der Vene ziemlich fest ansitzen, und der Infraclaviculardrüsen. Die Drüsen unter dem Pect. min. ebenfalls entfernt. T. V. Abends wegen Schmerzen und Brechbeschwerden 0,01 Morph.

26. VIII. Prima reunio. Nähte entfernt. T. V. in poliklinische Behandlung entlassen.

Im April 1893 ist ein Recidiv da, s. u. 7b.

8.) Caroline Meyer, Briefträgerwitwe aus Grimmen, 44 Jahre alt. HB 1892/93 Nr. 947.

Anamnese. Pat. bemerkte seit 1¼ Jahren in der linken Brust eine kleinapfelgrosse Anschwellung. Der consultierende Arzt verhielt sich abwartend. Als dann Achseldrüsenschwellung eintrat, kam Pat. in die Klinik.

Status praesens 12. XII. 92. Mässig kräftige Frau. In der linken Mamma ein harter, kindsfaustgrosser Tumor, der gegen

Haut und Pect. leicht verschieblich ist. Links bis wallnussgrosse Axillardrüsen. Infra- und Supraclaviculardrüsen nicht fühlbar.

17. XII. Operat. i. N. Typische Amputatio Mammae mit Ausräumung der Achselhöhle und Entfernung des Sternalteils des Pectoralis. Naht. T. V.

24. XII. Prima reunio. Kleine Granulation.

9. I. 93. Pat. geheilt entlassen.

Im Mai 1893 berichtet Herr Dr. Geissler-Grimmen, dass Pat. gesund und ohne Recidiv entlassen ist.

b. Ungünstigere Fälle.

9.) Friederike Ihlenfeldt, Arbeiterfrau aus Prenzlau, 67 Jahre alt. HB 1892/93 Nr. 946.

Anamnese Pat. bemerkte seit $\frac{3}{4}$ Jahren eine Geschwulst von Bohnengrösse in der linken Brust, die einer „Besprechung“ und Behandlung mit „Königssalbe“ nicht wich, sondern exulcerierte.

Status praesens 12. XII. 92. Schwächliche Patientin. In der linken Brust sitzt ein harter, kinderfaustgrosser, fünfmarkstückgross exulcerierter Tumor, der mit dem Pect. mai. verwachsen ist. Mammilla eingezogen. Links mehrere kleine und eine wallnussgrosse Achseldrüse. Infraclaviculardrüsen nicht sicher fühlbar.

14. XII. Oper. i. N. Typische Amputatio Mammae mit Wegnahme des sternalen Teils des Pect. und Ausräumung der Achselhöhle. Drain. Naht. T. V.

26. XII. Prima reunio. Ganz unten oberflächliche Nekrose. Nähte entfernt. T. V, später S. V.

11. I. 93 geheilt entlassen.

Über den jetzigen Zustand der Pat. war nichts zu erfahren.

10.) Caroline Müller, Büdnersfrau aus Bresewitz, 48 Jahre alt. HB 1892/93 Nr. 976.

Anamnese. Pat. bemerkte seit 2 Monaten einen langsam wachsenden Knoten in der linken Brust, der seit einiger Zeit aufgebrochen ist und blutige Flüssigkeit entleert.

Status praesens: 29. XII. 92. Pat. etwas mager. In der linken Mamma ein faustgrosser, harter fünfmarkstückgross exulcerierter Tumor, der mit dem Pect. fest verwachsen ist. Links harte Axillardrüsenpakete. Supraclavicular einige weichere bohnengrosse Drüsen, die jedoch nicht für bösartig angesehen werden. Infraclavicular nichts zu fühlen. Diffuse Bronchitis beiderseits.

3. I. 93. Oper. i. N. Typische Amputatio Mammae, dazu Wegnahme des Sternalteils des Pectoralis, an dessen Rückseite sich auch grosse Krebsknoten finden. Auch der Rand des Pect. min. und der Rand der Serrat. ant. ist carcinomatös. Pect. min. und vorderer Serratusrand daher mit entfernt. Die Drüsen meist unter der Clavicularportion des Pect. mai. und dem Subclavius zu verfolgen, werden mit ausgeräumt, ebenso die Achselhöhle. Naht. Es bleibt grosser Defekt. T. V.

5. I. Temperatursteigerung. Wunde gesund. T. V.

9. I. Starke Wundsekretion. F. V. Angina.

21. I. Wunde granuliert gut. T. V.

30. I. In der Wundumgebung Eccem. Zinkpaste. T. V.

13. II. Oper. i. N. Transplantation auf den Defekt. T. V.

22. II. Läppchen nur z. T. angeheilt. F. V. später. T. V.

26. II. Der noch vorhandene Defect granuliert gut. Pat. in Behandlung des Arztes entlassen. Im Mai 92 berichtet Herr Dr. Spiegelberg-Barth, dass Pat. gesund und ohne Recidiv ist. Vor kurzer Zeit bestand über der Amputationsstelle ein Abscess, der geöffnet wurde, und durch eine Fistel mit der Narbe in Verbindung stand. Die Fistel wollte Patientin nicht spalten lassen.

11.) Minna Heyden, Pastortochter aus Ducherow, 64 Jahre alt. HB. 1892/93 Nr. 1089.

Anamnese. Pat. bemerkte seit einem Jahr einen schmerzlosen Knoten in der linken Brust, der ganz langsam gewachsen ist.

Status praesens. 27. I. 93. Kräftige gut genährte Dame. In der linken Mamma unter narbiger Einziehung ein harter, walnussgrosser Tumor, der mit der Haut fest verwachsen, auf dem Pect. wenig verschieblich ist. Links eine kirschgrosse Axillardrüse.

29. I. Oper. i. N. Typische Amputatio Mammae mit Ausräumung der Achselhöhle und Wegnahme des Pect. Naht. Ein kleiner Defect durch Transplantationen gedeckt. T. V,

5. II. Prima reunio. Die meisten Läppchen sitzen fest.

10. II. In Behandlung des Arztes entlassen.

Im Mai 1890 berichtet Herr Sanitätsrat Grünberg, dass Pat. gesund und ohne Recidiv ist.

II. Recidivoperationen.

12.) Luise Beerbohm, Arbeiterfrau aus Richtenberg, 46 Jahre alt. HB. 1891/92 Nr. 1116, 1892/93 Nr. 291 u. 381.

Anamnese. Pat., die nie schwanger war, wurde am 2. II. 92 in der Greifswalder chir. Klinik wegen Brustkrebs operiert. In der linken Brust sass ein harter exulcerierter mit der Haut verwachsener auf d. Pectoralis wenig verschieblicher Tumor. Haut bis zur Achsel entzündet. Hier ein Abscess. Drüsen nicht fühlbar. Der Abscess wurde eröffnet, Mamma mit Pectoralis entfernt. Von Ausräumung der Axilla ist nichts erwähnt. Auf der 4. Rippe oberflächliche Nekrose. Am 16. V. 92 erscheint Pat. wieder mit Recidiv. Bald nach der Operation bildete sich ein langsam wachsender Knoten in der linken Achselhöhle.

Status praesens. Kräftige etwas magere Frau von guter Muskulatur. Über der linken Brust eine Narbe von früherer Mammaexstirpation, welche in ihrem oberen Teil eine Eiter entleerende 1½ cm medianwärts auf Rippenknorpel führende Fistel zeigt. Im obersten Teil der Narbe ein harter, höckriger, hühnereigrosser exulcerierter Tumor, mit der Haut verwachsen, auf der Unterlage wenig verschieblich. Infra- u. supraclaviculardrüsen nicht zu fühlen. Die Funktion des Armes gut. Metastasen nirgends nachweisbar.

17. V. 92 Oper. i. N. Tumor breit umschnitten und mit der Haut weggenommen. Er hängt in der Tiefe zusammen mit Narbengewebe, das die Achselgefässe umspinnt, und ganz mit einem Teil der Pect. exstipiert wird. Das Knorpelende der 4. Rippe freigelegt. Jodoformgasetampon. T. V.

21. V. Oper. i. N. Der grösste Teil der Wundfläche durch grossen Hautlappen aus der Nachbarschaft gedeckt. T. V.

28. V. Lappen gut angeheilt.

5. VI. Lappen fest adhaerent. T. V.

13. VI. Defektfläche noch nicht ganz rein, so dass von einer Deckung vorläufig abgesehen wird. Pat. zeitweise in polikl. Behandlung entlassen.

15. VI. Salbenverbände. Transplantation verweigert.

Im Mai 1893 berichtet Herr Dr. Wallis-Richtenberg: Schon Mitte Juli 92 entstand in der Narbe ein Krebsgeschwür, das trotz wiederholter Auskratzung immer grösser wurde bis zur Fünfmarkstückgrösse. Pat. wollte nicht wieder zur Klinik und starb Ende September 1892 an Krebskachexie unter heftigen pleuritischen Schmerzen.

13.) Elwine Dettmann, Arztwittwe aus Anklam, 52 Jahre alt. HB. 1892/93 Nr. 869.

Anamnese. Pat. war vor $1\frac{1}{4}$ Jahreu in Anklam von Herrn Dr. Schlenzka wegen eines Tumors der Mamma operiert. Der Tumor war mit Schonung der Mamma einfach excidiert worden. Seit etwa 5 Monaten fühlt Pat. in der Narbe einen Knoten, der nicht schmerzt.

Status praesens. 18 XII. 92. Schwächliche, gracile Frau. Im äusseren Teil der rechten Mamma eine 3 cm lange eingezogene Narbe. Unter derselben ein wallnussgrosser harter Tumor, auf dem Pect. mai. verschieblich. In der rechten Axilla zahlreiche bis haselnussgrosse Drüsen.

19. XI. 02. Operat. i. N. Typische Amputatio Mammae mit Ausräumung der Achselhöhle und Wegnahme des Pectoralis. Während der Operation Collaps mit Schwinden des Pulses; nach Campherinjection wird er wieder kräftig. Naht. Drainage. — Wundheilung verläuft reaktionslos.

30. XI. geheilt entlassen.

Im Mai 1893 berichtet Herr Dr. Brüning, dass Pat. gesund und frei von Recidiv ist, auch die Funktionsfähigkeit des Armes gut wieder erlangt hat.

14.) Albertine Last, Eigentümersfrau aus Fernowsfelde, 57 Jahre alt. HB 1892/93 Nr. 970.

Anamnese. Pat. ist hier in der Greifswalder chir. Klinik Nov. 90 wegen Mammacarcinom operiert: Amputation der rechten Mamma ohne Fortnahme des Pectoralis. Im August 1891 trat in der Narbe ein Knötchen auf, das vom Arzt excidiert wurde. Im Mai 1892 bemerkte sie rechts supraclavicular ein Knötchen, kommt jedoch erst jetzt auf Rat des Arztes in die Klinik.

Status praesens 27. XII. 92. Kleine Knötchen tief in der Axilla, eben fühlbare Supraclaviculardrüsen. Infraclavicular ein suspecter derber Strang.

Operat. i. N. 29. XII. 92. Neue vollkommene Ausräumung der Axilla von dem gewöhnlichen Axillarschnitte aus. Kleine Drüschen tief auf dem M. subscap. ziehen nach der Fossa supraclav. in die Höhe. Op. schwer; es wäre besser gewesen, den M. Pect. quer zu durchschneiden. Naht. Drain.

Oper. i. N. 10. I. 93. Ausräumung der Supraclaviculargrube: langandauernd, schwer, weil die Erkrankung viel ausgebreiteter als vermutet; besonders tief im Venenwinkel eine geschwollene Drüse, die sehr schwer zu lösen war. Nach hinten reichen die Drüsen bis weit unter den Cucularisrand. Naht der Haut mit nur wenigen

Stichen. Kleiner Jodoformtampon nach dem Venenwinkel, der am 2. Tage entfernt wird. Heilung per primam. Entlassen 23. I. 93.

Im Mai 1893 berichtet Herr Dr. Granow-Wollin, dass Pat. gesund und ohne Recidiv ist.

15.) Minna Scheel, Schuhmacherfrau aus Greifswald, 38 Jahr alt. HB 1892/93 Nr. 1175.

Anamnese. Der Pat. wurde am 19. IX. 91 wegen eines sehr kleinen Carc. die linke Mamma amputiert mit Wegnahme der obersten Pectoralisschichten und Ausräumung der Achselhöhle. Seit 2—3 Wochen bemerkte sie, dass sich an der Amputationsstelle eine kleine Verhärtung bildete.

Status praesens 16. II. 93. Haselnussgrosses Recidiv im unteren inneren Teile der Narbe, mit dem Pect. und der Haut verwachsen.

Operat. i. N. 17. II. 93. Der Knoten sehr breit umschnitten und bis auf die Rippen exstirpiert, da er in den M. pect. eingedrungen ist. Sternalteil des Pect. exstirpiert. Auf der Rückseite des Muskels in dem Bindegewebe um die Gefässe und ebenso in der Mohrenheimschen Grube kleine Drüschen. Alles Bindegewebe mit Drüsen entfernt. Naht. T. V.

1. III. Nähte entfernt. Markstückgrosse Granulation. S. V.

4. III. in polikl. Behandlung entlassen in sanatione.

Im Mai 1893 sind links axillar und infraclavicular keine Recidive und Drüsen. Links an der Seite des Halses eine erbsengrosse weiche Drüse. Rechts einige kleine ziemlich weiche Achseldrüsen. Doch ist sehr zweifelhaft, ob man diese als Recidiv auffassen soll, da Pat. kürzlich an der rechten Hand eine Eiterung eines Fingers hatte. Auf der Brust über der Narbe bestehen Schmerzen.

7b.) (s. o. 7a) Ottilie Biedenweg, Witwe, 44 Jahr alt.

Anamnese. Pat. wurde am 16. VIII. 1893 wegen Carc., das nicht mit dem Pect. verwachsen war, die rechte Brust radical amputiert mit Ausräumung der Achselhöhle, der Infraclaviculargrube und Wegnahme des Sternalteils des Pectoralis. Nach 6 Monaten entstand ein Recidiv.

Status praesens. In der Narbe, sowie infraclavicular und axillar alles gesund. Supraclav. einige kleine Drüsen.

Operat. i. N. 10. IV. 93. Exstirpation der Drüsen und des Bindegewebes von der Scheide der V. iugul. comm. besonders aus

dem Winkel zwischen V. subcl. und iugul. Entfernung von Bindegewebe und Drüsen seitlich bis zum M. cucul. Naht. Unterer Wundwinkel tamponiert. T. V.

24. IV. Heilung per primam. Etwas Eccem war während der Heilung entstanden. In polikl. Behandlung entlassen.

Im Mai 1893 wurde am Iugulum eine erbsengrosse subcutane Drüse exstirpiert.

16.) Lina Wegner, Böttchersfrau aus Tribsees, 45 Jahr alt. HB 1892/93 Nr. 462.

Anamnese. Bei Pat. war am 24. II. 91 wegen eines exulcerierten, auf dem Pectoralis gut verschieblichen Carcinomes eine radicale Amputation der rechten Mamma gemacht worden mit Ausräumung der Achselhöhle. Nach 13—14 Monaten trat am Hinterkopf eine kleine Geschwulst auf, die seit 5 Wochen exulceriert ist und schmerzt.

Status praesens 7. VII. 92. Narbe gesund. Lokal kein Recidiv. Supraclaviculardrüsen beiderseits, links Axillardrüsen. In der Hinterhauptgegend rechts von der Medanlinie ein wallnussgrosser, harter verschieblicher Tumor, mit der Haut verwachsen. Exulceration. Lungen, Abdomen nichts abnormes.

8. VII. Operat. i. N. Tumor am Hinterhaupt bis auf den Knochen exstirpiert. Knochen gesund. Tamponade. T. V.

20. VII. Knochen liegt noch frei; sonst gute Granulationen.

25. VII. Knochen granuliert. S. V.

7. VIII. Pat. in Behandlung des Arztes entlassen. Es besteht eine markstückgrosse Granulation.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergiebt: weiches Carcinom kleiner polygonaler Epithelzellen; so dass er wohl als eine Metastase des vor 1¼ Jahren operierten Brustkrebses anzusehen ist. Die Drüsenrecidive nicht entfernt.

Im Mai 1893 berichtet Herr Dr. Niemeyer-Tribsees, dass Pat. seit der letzten Operation bettlägerig gewesen ist und viel Schmerzen am Hinterhaupt und im rechten N. ischiad. gehabt hat. Am Hinterhaupt hatten sich nach kurzer Zeit mehrere haselnussgrosse Geschwülste gebildet. An der Brust kein Recidiv. Pat. starb im Januar 1893.

III. Palliativoperationen.

17.) Johanna Seemann, Tischlerwitwe aus Torgelow, 64 Jahre alt. HB 1892/93 Nr. 123.

Anamnese. Pat., die seit Jahren an rheumatischen Schmerzen leidet, bemerkte seit 1¼ Jahren in der rechten Mammilla einen derben Knoten, der langsam wuchs und seit 4 Wochen exulcerierte. Seit 3 Wochen auch in der Achselhöhle Exulceration.

Stat. praesens 30. III. 92. Rechte Mammilla vergrössert, hart, höckerig. Oberhalb derselben eine 50 pfennigstückgrosse Exulceration. In diesem ganzen Bezirk ein höckriger, mit der Haut verwachsener, auf der Brustwand verschieblicher Tumor. Dicht unter der rechten Axilla ein zweiter mit der Haut verwachsener, auf der Brustwand wenig verschieblicher Tumor. Haut über ihm exulceriert. Von dieser Geschwulst zieht zur Achselhöhle ein derber Strang. Achseldrüsen bis pflaumengross. In der Mohrenheimschen Grube einige Drüsen.

Operat. i. N. 31. III. 92. Wegen der grossen Drüsen und des zweiten Tumors nur palliat., da Exulcerationen mit stinkendem Secret bestehen. Exulcerationen breit umschnitten. Mamma mit einigen Achseldrüsen ohne Pect. mai. exstirpiert. Drainage der Axilla. Primaere Naht. Defekt durch Transplantationen gedeckt.

17. IV. Transplant. nur z. T. angeheilt. Eccem. S. V.

25. IV. Entlassen in Behandlung des Arztes. Mehrere kleine Granulationen. T. V.

Im Mai 1893 berichtet Herr Dr. Ludwig: In der Achselhöhle fast wallnussgrosser Tumor. Kleine Supra- und Infraclaviculardrüsen. Zustand gebessert gegen früher. Lokal kein Recidiv.

18. Sophie Eggebrecht. Hofbesitzersfrau aus Leopoldshagen, 75 Jahre alt. HB 1892 93 Nr. 294.

Anamnese Seit einigen Jahren bemerkte Pat. in der linken Brust einen kleinen Knoten, der langsam wuchs und seit einiger Zeit schmerzt. Auch in der Achselhöhle bemerkte sie kleine Knötchen.

Stat. praesens. Kachektisch aussehende Frau. In der linken Brust ein harter, exulcerierter, mit Haut, Pect. und Brustwand verwachsener Tumor von Apfelgrösse. Übelriechendes Secret. In der Axilla harter, bleistiftdicker Strang. Drüsen nicht fühlbar. Infra- und supraclavicular keine Drüsen fühlbar. Im Abdomen keine Metastasen nachzuweisen. Inguinaldrüsen links geschwollen, rechts in der Leistbeuge zweimarkstückgrosse Exulceration, harte Drüsen. Im Nacken harte, erbsengrosse Geschwulst. Beide Unterschenkel etw. oedematös.

12. V. 92. Oper. i. N. palliativ wegen zahlreicher Drüsen

und stinkender Exulcerationen. Abtragung der Mamma im Niveau der Rippen. Defekt durch Naht verkleinert. Achselhöhle drainirt. (Ausräumung nicht erwähnt.) Es bleibt ein Defekt handtellergross. — Exstirpation des Hautkrebses der Leistengegend. Naht. T. V.

7, VI. Thiersch'sche Transplantationen auf d. Brust.

20. VI. Läppchen meist angeheilt. S. V.

30. VI. Noch kleine Granulationen. Entlassen.

Nach Mitteilung der Tochter ist ein Recidiv eingetreten und Pat. unter zunehmender Schwäche, aber meist ohne Schmerzen im Jan. 1893 gestorben.

19.) Caroline Rockstroh, Gärtnerfrau aus Demmin, 53 Jahre alt, HB 1892/93 Nr. 340.

Anamnese: Pat. hatte vor 23 Jahren eine Mastitis sin. mit spontaner Eiterentleerung während einer Lactation. Seit $\frac{3}{4}$ Jahren bemerkte sie in der linken Brust einen langsam wachsenden, schmerzlosen Knoten, der vor 3 Wochen aufbrach.

Status praesens 30. V. 92. Schwächliche, magere, blasse Frau. In der linken Mamma ein apfelgrosser, harter, höckriger Tumor, über dem die Haut thalergross exulceriert ist. Mit der Haut ist er verwachsen, auf d. Pect. verschieblich. Links bis kirschgrosse Achseldrüsen. Rechts supraclavicular, ebenso links je eine Drüse.

2. VI. 92. Oper. i. N. palliativ wegen der Supraclaviculardrüsen. Tumor breit umschnitten, Mamma im Rippenniveau abgetragen. Achselhöhle nicht ausgeräumt. Drainage. Markstückgrosser Defekt. Transplant. T. V.

10. VI. Prima reunio. d. Läppchen haftet. Auf Wunsch in Behandlung des Arztes entlassen.

Im Mai 1893 ist Pat. nach Mitteilung des Herrn Dr. Margendorf gesund.

20.) Emil Seidlitz, Apothekergehilfe aus Colberg, 48 Jahre alt. HB 1892/93 Nr. 1005.

Anamnese. Das Leiden besteht schon längere Zeit. Die rechte Brustwarze war grösser als die linke, prominierte stark und entleerte zeitweise Blut. Unter ihr trat eine Verhärtung auf. Vor 1 Jahr stellten sich Schmerzen rechts im Arm und in der Achselhöhle ein. Erst nachdem es zur Exulceration gekommen, suchte Pat. die Klinik auf.

Status praesens. Kleiner, schwacher, schlecht genährter Mann mit atrophischer Muskulatur, hochgradigen neurasthenischen

Beschwerden, starker Onanist. An Stelle der R. Brustwarze markstückgrosse Exulceration. Etwa pflaumengrosser, sehr harter, schrumpfender Scirrhus der rechten Brust: am Aussenrande des Pect. auf der Brustwand unverschieblich; stark pflaumengrosses Achseldrüsenpacket, das sehr hart, an den Gefässen unverschieblich, an einer kleinen Stelle mit der Haut verwachsen ist.

Oper. i. comb. N. palliativ. 4. I. 93. Amputatio Mammae mit der äusseren Hälfte der Sternalportion des Pect. mai. in deren ganzer Dicke. Der Tumor dem Intercostalraume adhaerent; dort blieb sicher Carc. zurück. Achselausräumung sehr schwer wegen starker Verwachsung mit dem Gefässnervenstrange: Resection d. V. axillaris. Die fest adhaerenten Infraclaviculardrüsen nicht angegriffen. Hautnaht in der Axilla nur mit Mühe bei vollkommener Adduction des Armes ausführbar. Defekt auf der Brust nach Thiersch gedeckt.

30. I. Wunde per primam geheilt. An der tranpl. Stelle kleine Granulationen. Ätzung mit Lapis. S. V.

24. II. Pat. in polikl. Behandlung entlassen. Noch kleine Granulationen. Armfunktion fast normal.

Über den Pat. konnte jetzt nichts ermittelt werden.

21.) Marie Rohloff, Bäckersfrau aus Teterin, 61 Jahre alt. HB 1892/93 Nr. 1114.

Anamnese. Pat. hat während der letzten beiden (unter 8) Lactationen eine Mastitis sin. und dextra gehabt, die jedesmal incidiert wurde. Seit 1 Jahr bemerkte sie in der rechten Brust eine bald aufbrechende Verhärtung, die langsam wuchs. Nach einem vor 3 Monaten überstandenen Erisypel bemerkte sie deutliche Zunahme des Wachstums.

Status praesens 3. II. 92. Schwächliche Patientin. In der rechten Brust ein harter exulcerierter Tumor, der mit dem Pect. fest verwachsen ist. Rechts harte unverschiebliche Axillardrüsen, an einer Stelle exulceriert. Rechts Supraclaviculardrüsen. Ein Abscess im äusseren Teil der Mamma.

Operat. i. N. 6. II. 92. Abscess eröffnet und excochleiert. Teilweise Naht. Jodoformgazetampon. Excochleation des ulcerierten Mammacarcinoms. Tamponade T. V.

24. II. Wunden granulieren oberflächlich. Pat. entlassen, da eine Radicaloperation nicht möglich. Zustand gebessert gegen früher.

Im Mai 1893 teilt Herr Dr. Reinke-Spantekow mit, dass an der

Operationsstelle ein beginnendes Recidiv sitzt. In der Achselhöhle grosse Drüsen.

22.) Charlotte Schmidt, Schuhmachersfrau aus Neustettin, 57 Jahre alt. HB 1892/93 Nr. 1223.

Anamnese. Pat. bemerkte vor 1½ Jahren in der rechten Brust eine etwa erbsengrosse Anschwellung, welche im letzten Vierteljahr sehr schnell gewachsen ist.

Status praesens 2. III. 93. Schwächliche Person; Muskulatur, Panniculus gering Die rechte Mamma ist in einen harten exulcerierten, auf dem Pect. verwachsenen, auf den Rippen verschieblichen Tumor verwandelt. Bis taubeneigrosse Achseldrüsen. Infraclaviculardrüsen nicht fühlbar. Supraclaviculardrüsen vorhanden. Auf beiden Lungen trockenes Rasseln.

Operat. i. N. 3. III. 93. Palliativ. Amputatio Mammae mit Wegnahme des Pectoralis, Ausräumung der Achselhöhle. Harter Lymphstrang unter der clavicularen Portion des Pect. soweit möglich entfernt. Naht. Handtellergrosser Defekt. T. V.

14. III. ohne Narkose Transplant.

28. III. Wunden geheilt. Entlassen.

Im Mai 1893 berichtet Herr Dr. Lewin-Neustettin, dass die Supraclaviculardrüsen nicht grösser geworden, sich aber in der Narbe eine haselnussgrosse harte Geschwulst gebildet hat, die ev. excidiert werden soll. Sonst ist das Befinden gegen früher sehr gebessert.

Ich komme jetzt nach der Aufzeichnung der einzelnen Krankengeschichten zu den Resultaten der Vergleichung derselben mit einander hinsichtlich der Punkte, welche für eine Statistik der Mammacarcinome von Wichtigkeit erscheinen. Das sind vornehmlich das relative Heilresultat, einschliesslich der bisher bekannten Todesfälle und das Auftreten der Recidive. Ich will hier gleich bemerken, dass ich über den jetzigen Zustand von 3 Pat. (Fall 2, 9, 20) nichts erfahren habe, so dass diese z. T. von der Statistik ausgeschlossen bleiben.

Was zunächst die Operation selbst betrifft, so sind keine

Unglücksfälle während derselben vorgekommen, nur einmal trat (Fall 13) Collaps ein, der sofort durch Campherinj. beseitigt wurde. Auch an den direkten Folgen der Operation ist kein Fall zu Grunde gegangen.

Hinsichtlich der Todesfälle, die in unsern 22 Fällen bisher überhaupt bekannt geworden sind, sind folgende Angaben zu machen. Der eine inoperable Fall (1) ging noch in der Klinik, während symptomatischer Behandlung zu Grunde, mit ausgebreiteter carcinomatöser Pleuritis. Von den Fällen mit Recidivoperationen sind 2 gestorben. Fall 12 nach 4 Monaten an Kachexie unter lokalem Recidiv und Fall 16 nach 5 Monaten auch an Kachexie und Recidiv, und endlich starb unter den palliativ operierten Fällen einer (18) an Kachexie und Recidiv nach 7 Monaten. Die radical Operierten leben noch alle. Es sind also im Ganzen 4 Todesfälle vorgekommen, wenn man annimmt, dass die Pat., über welche jetzt Nachrichten fehlen, noch am Leben sind.

Die relativen Heilerfolge der übrigen 18 Fälle, von denen mir über 15 jetzt Berichte zugegangen sind, sind folgende. Von den Radicaloperationen wurden 7 als günstigere, 3 als ungünstigere angesehen. Von ersteren 7 sind 5 noch am Leben und gesund ohne bisheriges Recidiv (Fall 3, 4, 5, 6, 8) also 70—71 %. Eine Pat. (7) hat ein Recidiv supraclavicular gehabt, lebt aber jetzt noch und ist nach der Recidivoperation gesund. Über einen Fall (2) fehlen Nachrichten.

Von den 3 ungünstigeren Fällen leben noch sicher und sind gesund 2 (10 u. 11); über eine Pat. (9) war jetzt nichts zu erfahren.

Von allen Radikaloperationen zusammen sind danach noch sicher am Leben und gesund, ohne inzwischen Recidiv gehabt zu haben, 7 Fälle. Freilich muss man dabei bedenken, dass seit der Operat. erst verstrichen sind:

a) günstigere Fälle: 12 Monate 1 Mal (Fall 3)
11 „ 2 „ („ 4 u. 5)
8 „ 1 „ („ 6)
5 „ 1 „ („ 8)

b) ungünstigere Fälle:
5 „ 1 „ („ 10)
4 „ 1 „ („ 11)

Danach ist nach dem Volkmannschen Satze, der besagt, dass mindestens 3 Jahre ohne Recidiv vergangen sein müssen, um den Pat. als ganz geheilt ansehen zu dürfen, noch für keinen einzigen derselben vollkommene Sicherheit einer dauernden Heilung vorhanden. Besondere Betonung verdient, dass hier keiner der radikal operierten Fälle bisher ein lokales Recidiv gehabt hat, während in allen älteren Statistiken übereinstimmend angegeben wird, dass 66—88 % aller Fälle lokal recidicivierten und dass 44 % dieser Lokalrecidive in den ersten 3 Monaten aufgetreten sind. — Die Heilresultate der Recidivoperationen sind natürlich nicht so günstig. Von 6 hier in Betracht kommenden Fällen leben und sind gesund noch 3, also 50 % und zwar

Fall 13 nach 6 Monaten
„ 14 „ 5 „
„ 15 „ 3 „

also auch hier ist dauernde Heilung noch lange nicht sicher. — Bei einer Pat. (7) ist noch ein zweites Recid. aufgetreten (Drüse am iugulum) nach 2 Monaten, das erst kürzlich excidiert wurde.

Endlich 2 Fälle von Recidivoperationen sind gestorben: Fall 12 nach 4 Monaten an Kachexie u. lokal. Recidiv
16 „ 5 „ „ Recidiv,
so dass im Ganzen 50 % zum zweiten Mal recidivierten.

Die erste Operation war in diesen 6 Fällen einmal (Fall 13) auswärts gemacht worden mit einfacher Excision des

primaeren Tumors; die anderen 5 sind hier in der Klinik zuerst operiert.

4 Mal war die Recidivoperat. nach primärer Radicaloper., 1 mal (12) nach Palliativoper. und 1 mal (13) nach einfacher Excision nötig.

Die Erfolge der Palliativoperationen endlich sind noch verhältnismässig günstig gewesen, wenn man dabei bedenkt, dass es ja nur in Absicht lag, den Pat. den nur noch kurzen Rest ihres Lebens leichter zu machen oder ihnen das Leben vielleicht noch etwas zu verlängern.

Als noch lebend und gesund wird ein Fall (19) angegeben, bei dem der Pect. mit entfernt, die Axilla aber nicht ausgeräumt war, ein immerhin doch noch befriedigendes Resultat. Lebend und gegen früher gebessert sind 3 Fälle und zwar

Fall 17 nach 13 Mon. nach Amp. Mam. ohne Pect. u. Achselhöhle.
„ 21 „ 3½ „ nach einf. Excochleat. des exulc. Tumors.
„ 22 „ 3 „ nach Amp. Mam. mit Pect. u. Axilla.

Ein Fall (18) ist nach 7 Monaten ohne viel Schmerzen unter zunehmender Schwäche gestorben, so dass auch hier noch eine wesentliche Erleichterung stattgefunden hat, nach Amp. Mam. mit Pect. ohne Achselausräumung. Über Fall 20 kam keine Nachricht.

Wir gelangen damit zur Frage nach den Recidiven. Ich verfahre dabei der Vollständigkeit halber so, dass ich die im Jahre 1892—93 gemachten Recidivoperationen nach primären Operationen früherer Jahre so ansehe, als ob sie primäre Carc. des Jahres 92—93 beträfen, werde jedoch trotzdem die Recidive der primären Carc. von 92—93 noch besonders berücksichtigen.

Von den 18 hier in Betracht kommenden Fällen (über 3 liegen keine Nachrichten vor, die auch früher kein Recidiv hatten, und 1 Fall (1) ist schon vor einer Operation gestorben) sind bei folgenden Recidive vorgekommen. Und

zwar nach Radicaloperationen trat 4 Mal Recidiv auf, davon nach Primaeroperat. früherer Jahre 3 Mal, nach Primaeroperationen von 92—93 nur 1 Mal:

Fall 14 lokal nach 10 Mon., axill. infraclav. u. supraclav., nach 18 Mon.

Fall 15 lokal nach 17 Mon.

Fall 16 axill. supracl. u. Hinterhaupt nach 13—14 Mon.

Ein Fall (13) muss hier besonders erwähnt werden, da bei ihm nur einfache Excision des Tumors gemacht wurde, worauf nach 10 Monaten lokal und axillar ein Recidiv entstand.

Nach Palliativoperationen trat 4 Mal Recidiv auf und zwar nur 1 Mal nach Primäroperation von früher in Fall 12 axillar kurz nach der Operation. Die 3 anderen Fälle von 92—93 werden ebenso wie der 1 Recidivfall nach Radicaloperation dieses Jahres gleich unten besprochen.

Unter den 8 Radicaloperationen von 92—93 findet sich nur 1 Fall (7a) mit Recidiv supraclav. nach 6 Monaten, also $12\frac{1}{2}$ %. Doch ist auch hier wieder an den Volkmannschen Satz, betreffs der definitiven Heilung zu denken, da die längste Zeit nach der Operation in diesen Fällen erst 12 Monate beträgt.

Nach den 6 Recidivoperationen von 92—93 sind zum zweiten Mal Recidive aufgetreten in 3 Fällen.

Fall 12 nach 2 Mon. lokal (nach lokalem Rec.)
„ 7b „ 1 „ supracl. (nach supracl. Rec.)
„ 16 „ ? „ am Hinterhaupt (nach Rec. am Hinterhaupt.)

Es fallen danach auf alle 14 Radical- und Recidivoperationen von 92—93 zusammengerechnet, im Ganzen 4 Recidive d. h. 28 %.

Auch die lokalen Recidive nach Palliativoperationen von 92—93 sollen hier ihre Stelle finden. Es sind das 3 Fälle von im Ganzen 6 oper. Fällen.

Fall 21 nach 3½ Mon. (einf. Excochleat.)
„ 22 „ 3 „ (nach Amp. Mam. mit Pect. u. Axilla.)
„ 18 „ ? „ („ „ „ „ „ ohne „)

Das Recidiv war rein lokal (die Palliativoperationen sind hier natürlich nicht mitgerechnet) in Fall 15.
rein axillar in Fall 12
rein supraclav. in Fall 7a u. b.
nicht lokal: axill. supracl. in Fall 14.
„ axill. supracl. Hinterhaupt (metast.) Fall 16.

Innere Metastasen sind mit Sicherheit nur 1 Mal in dem secierten Fall (1) nachgewiesen auf der Pleura. In Fall 16 wird eine Metastase am Hinterkopf nach 1¼ Jahren angeführt.

Über die Dauer der Wundheilung lassen sich keine ganz sicheren Angaben machen, da die Pat. z. Z. vor gänzlicher Ausheilung in die Behandlung ihres Arztes entlassen wurden. Doch lässt sich im Allgemeinen sagen, dass sie bei Radicaloperationen mit primärer Naht ohne Complikat. 2—3 Wochen, bei eingetretener Randgangrän 4 Wochen, und einmal bei einer Transplantation 7½ Wochen in Anspruch nahm. Die Fälle mit Recidivoperat. mit primärer Naht wurden nach 2—3 Wochen, die mit Transplant. nach 4—5 Wochen entlassen. Ebenso war es im Durchschnitt mit den Palliativoperat. — Von Complicationen der Wundheilung traten nur einige Mal geringes Eccem, ebenso mehrmals leichte partielle Wundrandnekrose, einmal stärker bei einer Diabeteskranken auf.

Hinsichtlich der Aetiologie der Mammacarcinome brauchte die starke Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes wohl kaum erwähnt zu werden. Unter unseren 22 Pat. befand sich nur 1 Mann.

Ein weiterer wichtiger Faktor jedoch ist das Alter. Es zeigt sich dessen Einfluss am besten an folgender Tabelle:

Jahre:	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80
Nr.		4	5	2	3	1
		15	6	13	9	11
			7	14	11	
			8	19	17	
			10	22	21	
			12			
			16			
			20			
Sa.	0	2	8	5	5	2

Auch hier kann man also wiederum die Bemerkung machen, dass die meisten Brustkrebse um die 50er Jahre herum auftreten. Auf die nähere Ursache, ob dieser Umstand mit den Klimakterien zusammenhängt, einzugehen, ist nicht Aufgabe dieser Arbeit.

Bezüglich früherer Schwangerschaften (die meisten der Pat. sind oder waren verheiratet) sowie Lactationen finden sich in den Krankengeschichten zu wenig Angaben, um danach statistische Aufzeichnungen machen zu können. Zweimal, in Fall 19 und 21 werden frühere Mastitiden erwähnt, und einmal dabei angegeben, dass sich der Tumor in der zurückbleibenden Narbe entwickelt habe.

Rechterseits sass das Carc. 10 Mal, links 11 Mal, beiderseits 1 Mal.

Hinsichtlich traumatischer Ursachen stehen wir, nach den Daten der Krankengeschichten, ebenfalls auf sehr unsicherem Boden, denn was dort hierüber gesagt ist, ist fast nichts.

Endlich scheint es mir noch erwähnenswert, dass weitaus die meisten Kranken, wenn sie in Behandlung kamen, noch keinen kachektischen Eindruck machten, als Zeichen, dass die allgemeinen Funktionen des Körpers noch nicht gestört waren, so dass man das Mammacarcinom anfangs doch wohl als lokales Leiden aufzufassen hat, welches bei frühem Eingriff heilbar ist. Doch leider stellen sich viele Kranke erst zur Operation, wenn eine definitive Heilung kaum noch

erreicht werden kann. Es wäre daher sehr zu wünschen, dass alle praktischen Ärzte auf diesen Punkt eifrigst ihr Augenmerk richteten und wieder die Patientinnen, womöglich auch noch gesunde Frauen ihrer Praxis zu grösster Aufmerksamkeit und Vorsicht anspornten, denn grade in solchen Sachen ist es durchaus gut, auch dem Laien einige Kenntnis zu verschaffen.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinen verehrten Lehrern, den Herren Professor Dr. Helferich und Professor Dr. Heidenhain für die Überweisung des Themas und die freundliche Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Christian Carl Heinrich Paul Drewitz, ev. Conf. bin geboren zu Helmshagen bei Greifswald am 25. Febr. 1868 als Sohn des Gutspächters Theodor Drewitz daselbst und seiner Frau Ida geb. Lorentz. Von 1874 an besuchte ich die Vorschule und dann das Gymnasium zu Greifswald, welches ich Ostern 1888 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um in den Jahren 1888—1893 in Greifswald und München Medicin zu studieren. Im Sommer 1888 genügte ich meiner halbjährigen militärischen Dienstpflicht mit der Waffe. Am 24. Februar 1890 bestand ich die ärztliche Vorprüfung und am 16. Mai 1893 beendete ich die ärztliche Staatsprüfung.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Docenten.

In München:

Angerer, Bauer, Bollinger, v. Kupffer, v. Nussbaum, v. Oertel, Tappeiner, v. Ziemssen.

In Greifswald:

Ballowitz, Baumstark sen., Gerstäcker, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Holtz, Krabler, Landois, Limpricht, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Schmitz, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen wärmsten Dank aus.

Thesen.

I.

Die meisten Recidive nach Mammacarcinomen treten in den ersten 6 Monaten nach der Operation auf.

II.

Es ist wünschenswert, dass die Vertretung von Ärzten nur durch staatlich geprüfte Mediciner und nicht durch Candidaten der Medicin stattfindet.

III.

Es ist zweckmässig, nach Knochenbrüchen als primären Verband keinen Gypsverband anzulegen.